Aus dem Städtischen Krankenhaus Gera-R.
Chefarzt: Prof. Dr. Fritsch.

Situs inversus und Appendicitis.

(Auszug aus der Arbeit.)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der
Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von
Erich Staude,
approbierter Arzt
aus Rudolstadt i. Th.

Referent: Prof. Dr. Voelcker, Halle a. S.

Druck von Ch. Hottenroth & Sohn, Merseburg a. S.
1923.

Die ganze topographische Diagnostik der inneren Erkrankungen geht von der Voraussetzung aus, daß sich die Organe an normaler Stelle befinden. Nun sind aber alle Organe, besonders die Baucheingeweide, mehr oder weniger Lageveränderungen ausgesetzt, die schon meist in das embryonale Entwicklungsstadium zurückreichen. Der Grundtypus der Verlagerung der unpaarigen Baucheingeweide ist der Situs inversus, d. i. die Umlagerung sämtlicher Organe spiegelbildlich zur normalen Lage. Oft findet sich auch nur eine abnorme Lagerung des Darmes allein. Ohne Zweifel sind diese Lageanomalien für den Praktiker wie für den Chirurgen von großer Bedeutung, besonders bei der Diagnosestellung entzündlicher Erkrankungen in der Bauchhöhle, wie z. B. bei der Appendicitis. Unter normalen Verhältnissen gehört eine Fehldiagnose wohl zu den Seltenheiten, zumal wenn alle Kardinalsymptome des typischen Anfalls zu verzeichnen sind. Daß aber trotz aller einwandfreien Symptome es auch vorkommen kann, daß keinerlei Entzündung der Appendix vorliegt, zeigt der von mir beobachtete Fall:

Einlieferung eines 17 jährigen Mädchens unter der Diagnose: Akute Appendicitis. Anamnese: Seit 2 Tagen Schmerzen in der r. Unterbauchseite, 1 mal Erbrechen tags zuvor. Status praesens: Défense musculaire geringen Grades in der r. Unterleibshälfte, Mac Burney und Lanz: +. Die gynäkologische Untersuchung ergibt: Normale Größe und Lagerung des Uterus und der lk. Adnexe. Die r. Adnexe sind nicht zu palpieren. Temperatur: 37,2 °, Puls: 96. Sofortige Operation: Typischer Wechselschnitt und Eröffnung des Peritoneums. Kein Exsudat, keine peritonealen Adhäsionen. Vorliegt nicht das Coecum mit der Appendix, sondern das Colon descendens. Nach Erweiterung des Schnittes findet man das r. Ovarium vergrößert, zystisch degeneriert und mit seinem freien Ende

am Mesocolon des Colon descend. adhaerent. Varicen-bildung der Vena ovarica. r. Tube normal. Die Inspektion der Bauchhöhle ergibt vollständigen Situs inversus. Prophylaktische Appendectomie. Primärer Wundverschluß.

Es war also eine regelrechte Fehldiagnose gestellt worden. Suchen wir nun die in unserem Falle vorhandenen Appendicitis-symptome zu erklären:

Der entzündliche Prozeß am r. Ovar hatte dessen Verwachsung mit dem Mesokolon des Colon desc. zur Folge gehabt. Das Ovar war nun zwischen dem Uterus und dem Mesokolon wie eine Sehne aufgespannt und jeder Druck oder Zug bei der Palpation am Mesokolon löste Reize aus, die auf reflektorischem Wege sich als Druckschmerzen und Bauchdeckenspannung äußerten. Der Brechreiz ist ebenfalls durch peritoneale Reizung zu erklären, während die Erhöhung der Pulsfrequens als Symptom des psychischen Erregungszustandes aufzufassen ist.

In der Literatur der letzten 30—40 Jahre ist kein einziger Fall zu finden, der dem oben erwähnten in Befund und Diagnosestellung auch nur nahe kommt. Über Appendicitis bei Situs inversus bei weiblichen Personen sind 3, bei männlichen Personen nur 2 Fälle erwähnt. Alle jedoch hatten als Hauptsymptom Druckempfindlichkeit in der **lk.** Unterleibshälfte.

Zusammenfassung.

1. Bei Appendicitiserscheinungen bei weiblichen Personen ist die Möglichkeit eines Situs inversus mit ähnlichen pathologischen Erscheinungen wie in meinem Falle in Betracht zu ziehen.
2. Bei Schmerzen in der lk. Bauchseite ist an das Bestehen einer Appendicitis bei Situs inversus zu denken.